

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N^o

63

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 2 décembre 1896 à 1 heure

PAR

Alexandre MOUEZY

Né à Argentré-du-Plessis (Ille-et-Vilaine) le 3 Octobre 1871

Ex-interne de la Maison de Secours pour les Blessés de l'Industrie

DU TRAITEMENT

DE LA

LUXATION DE LA HANCHE
EN AVANT

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges MM. $\left\{ \begin{array}{l} \text{JOFFROY, professeur.} \\ \text{LEJARS ET WALTHER, agrégé.} \end{array} \right.$

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

21, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 21

1896

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N^o 63

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 2 décembre 1896 à 1 heure

PAR

Alexandre MOUEZY

Né à Argentré-du-Plessis (Ille-et-Vilaine) le 3 Octobre 1871

Ex-interne de la Maison de Secours pour les Blessés de l'Industrie

DU TRAITEMENT

DE LA

LUXATION DE LA HANCHE

EN AVANT

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges MM. $\left\{ \begin{array}{l} \text{JOFFROY, professeur.} \\ \text{LEJARS ET WALTHER, agrégé.} \end{array} \right.$

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

21, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 21

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARD.
Professeurs.	MM.
Phatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGU
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVA
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	N.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émi ses dans les di
ertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'el
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MES SOEURS

A TOUTE MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUERMONPREZ

membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

A TOUS MES AUTRES MAÎTRES DE LA
FACULTÉ LIBRE DE LILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de Médecine,
Ancien Président de la Société de chirurgie,
Chirurgien de la charité,
Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

De nombreux travaux ont déjà été faits sur la luxation de la hanche en avant et spécialement sur les différentes méthodes pour la réduire ; il nous paraît cependant possible d'y ajouter encore quelques documents utiles.

Il y a quelques années M^r le D^r Liber décrivait et démontrait dans sa thèse inaugurale la valeur de la méthode de douceur dans la réduction de la luxation de la hanche en avant. La plupart de ses observations se rapportent à des cas de luxations récentes. Nous avons eu ces derniers temps l'occasion de voir un assez grand nombre de luxations anciennes de la hanche en avant ; nous avons été témoin des précieux résultats du traitement employé, et c'est pour en démontrer la valeur que nous entreprenons ce travail inaugural.

Nous ferons tout d'abord et rapidement l'histoire des différentes recherches faites sur ce sujet. Nous exposerons ensuite le mécanisme de ces luxations et leur anatomie pathologique.

Le pronostic fera l'objet d'un chapitre important, car nous montrerons que si dans de nombreux cas de luxations pubiennes ou ovalaires non réduites, les

blessés ne ressentent bientôt plus qu'un peu de gêne dans la marche ; il en est d'autres où cette lésion abandonnée à elle-même constitue une véritable infirmité ; on en trouvera des observations caractéristiques.

Enfin nous terminerons par l'exposé du traitement et des différents temps de la méthode employée.

Nous adressons ici à notre maître, Monsieur le Professeur Guermonprez, l'expression de notre vive reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et pour les conseils qu'il nous a donnés dans la rédaction de ce modeste travail.

Nous prions M. le Professeur Tillaux qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse d'accepter tous nos remerciements.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les anciens en présence d'une luxation de la hanche en avant commençaient par essayer d'abord l'extension légère avec les mains, puis la flexion, la circumduction. Quelquefois on se contentait d'exercer une pression de haut en bas sur la tête de l'os.

Hippocrate faisait précéder la pression par des tractions assez fortes. Deux autres procédés également usités dans son temps se réduisaient à l'extension pure et simple. Dans le premier cas on se servait d'une poutre à laquelle on suspendait le sujet par les pieds, et le chirurgien passant son avant-bras sous le périnée, joignait les deux mains ensemble et se suspendait lui-même au corps du blessé en faisant porter son avant-bras sur le périnée et sur le sacrum. Dans l'autre procédé, le blessé était placé à cheval sur le plus haut échelon d'une échelle verticale : la jambe saine était fixée d'un côté, tandis que de l'autre on attachait avec des lacs à la jambe malade et pendante un vase rempli d'eau ou un panier chargé de pierres.

Celse emploie un procédé analogue mais quetque

peu bizarre : il appliquait un lac à l'aîne et un autre au genou et tandis que l'extension s'opérait on plaçait sur la tête luxée quelque chose de rond sur quoi l'on pressait avec le genou et l'on terminait par une brusque flexion de la cuisse.

Guy de Chauliac conseillait un mouvement de bascule joint à l'extension.

Nombreuses on le voit, étaient les variations dans les procédés de réduction ; nombreuses aussi étaient les positions qu'on faisait prendre aux blessés, les deux attitudes préconisées au temps d'Hippocrate n'ont pas cependant épuisé l'ingéniosité des chirurgiens.

J. L. Petit faisait coucher le malade sur le côté sain et tenait la jambe fléchie sur la cuisse. Duverney au contraire le couchait sur le dos et tirait sur la cuisse portée en dehors.

Si ces différents procédés, ces différentes méthodes de tatonnement, donnèrent quelquefois des résultats heureux et rapidement obtenus, il convient d'ajouter, qu'il y eut aussi de nombreux insuccès.

En suivant ces tatonnements, en variant ces procédés, on arriva à formuler une véritable méthode, la méthode de flexion de la cuisse avec abduction et légère traction : c'est celle qui a reçu le nom de méthode de douceur.

Cette méthode fut surtout préconisée et mise en pratique en France par Maisonneuve et Pouteau en

1783, à Tétranger par Richard Wiseman, Boulton, Daniel Turner et Anderson. Pour ces chirurgiens le principal obstacle à la réduction était causé par la contracture d'abord et plus tard par la rétraction des muscles qui environnent l'articulation.

Le but de leurs manœuvres fut donc d'amener le relâchement de ces muscles.

Pouteau donna des règles précises à sa méthode et ces règles : flexion à angle droit avec le corps, en même temps qu'extension et contre-extension sont les mêmes dans les cas de luxation en haut et en dehors que dans les cas de luxation ovalaire avec cette différence dit-il, que lorsqu'il sera temps de repousser l'os dans sa cavité, il faudra tourner la cuisse de dedans en dehors quand la cuisse sera luxée en haut et en dehors, et de dehors en dedans quand la tête fémorale se trouvera au niveau du trou ovalaire. Dans les cas de luxation incomplète en avant J. L. Petit pensait qu'une simple pression de haut en bas exercée avec la main sur la tête de l'os était suffisante pour la réduire.

En 1818 Larrey après avoir eu recours, sans résultat d'ailleurs, à des manœuvres d'extension très énergiques dans un cas de luxation ilio-pubienne, obtint facilement la réduction en plaçant son épaule sous la cuisse luxée et en fléchissant celle-ci sur le bassin pendant qu'avec ses deux mains il pressait sur la tête fémorale. L'homme, Devillier employèrent aussi cette méthode et obtinrent des succès.

Colombot en 1830 varia un peu le procédé il fit de la circumduction et rapporta trois cas de succès.

Plus tard Malgaigne, puis Tillaux, Bigelow, Hamilton, sans refuser aux muscles la part qui leur revient dans les difficultés de la réduction de la luxation de la hanche, ne leur accordèrent cependant plus la valeur prépondérante.

Pour ces auteurs l'obstacle est dû surtout à la capsule et à l'appareil ligamenteux de l'articulation : de nombreux faits sont venus confirmer cette manière de voir. En effet, dans les luxations récentes, l'ancienne théorie ne redoute que la contracture musculaire, c'est la seule difficulté qu'elle admette, et cependant c'est en vain que l'on détermine la résolution musculaire par la chloroformisation, l'obstacle de la contracture est ainsi complètement supprimé, or cette condition ne suffit pas à réaliser la réduction.

« La capsule, dit M. Tillaux (1), apporte un sérieux
« obstacle à la réduction de la luxation coxo-fémorale
« et peut même devenir une cause d'irréductibi-
« lité. Pour réduire une luxation de la hanche, il
« faut faire parcourir à la tête fémorale un chemin
« inverse de celui qu'elle a suivi au moment de l'ac-
« cident. »

Tous les procédés ci-dessus énumérés ont été surtout employés dans les luxations anciennes.

(1) Tillaux. *Anatomie topographique*. 1877.

Cependant dans ces dernières les procédés de force étaient jadis seuls usités.

J. L. Petit avait construit un appareil dans ce but. Cooper dans les luxations ovalaires datant de 3 ou 4 semaines se servait de mouffles et faisait des tractions violentes dans le sens transversal sur la partie supérieure du fémur pour le ramener en dehors.

Dans un cas rapporté par Marchal, Sédillot amena la réduction avec une traction de 100 kilogrammes.

Pour une luxation ovaleire datant de un mois, Muston fut obligé d'aller jusqu'à 275 kilogrammes. Quand les procédés de douceur ont échoué dans les luxations anciennes, Bigelow conseille de faire exécuter à la cuisse un mouvement de circumduction afin de déchirer et élargir l'orifice capsulaire rétréci. Pour faciliter la manœuvre et agir avec plus de force, il a fait construire un trépied qui se place au-dessus du malade étendu sur le dos. Grâce à cet appareil, des tractions peuvent être exercées sur la cuisse fléchie et dirigées dans un sens variable suivant celui du déplacement de l'os. Par ce procédé, des luxations datant de deux mois et même de beaucoup plus anciennes ont été réduites.

Quand après les manœuvres de douceur les procédés de force ont échoué, restent les méthodes sanglantes parmi lesquelles on peut citer la ténotomie et l'arthrotomie à ciel ouvert.

Un certain nombre de chirurgiens y ont recouru le plus souvent il faut le dire sans succès ; on doit cepen-

dant citer les deux cas heureux de M. Polaillon et de M. Vecelli qui purent réduire une luxation ovalaire ancienne après arthrotomie.

M. Ricard a obtenu de bons résultats de la résection de la tête fémorale.

Enfin Verneuil, Bouilly, Mac Ewen ont employé avec succès l'ostéotomie ou l'ostéoclasie quand la tête fémorale déplacée est fixée dans sa position anormale, le membre présentant une attitude très vicieuse.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, OBSTACLES A LA RÉDUCTION, MÉCANISME, SYMPTOMATOLOGIE, DIAGNOSTIC.

§ I. — Anatomie Pathologique.

Dans les luxations de la hanche en avant non réduites, il se produit des transformations importantes tant du côté de l'ancienne articulation et des muscles qui l'entourent que dans la région où la tête fémorale se trouve retenue en position vicieuse. Voici d'après Boyer (1) ce qui se passe au niveau du trou ovalaire dans les luxations de ce genre ; « La tête du fémur
« logée dans la fosse ovalaire comprime la branche
« horizontale du pubis et la partie interne et inférieure
« du rebord de la cavité cotyloïde et les enfonce plus
« ou moins de manière que ces points du pubis déprimés et creusés contribuent à la formation de la nouvelle cavité qui loge la tête de l'os luxé. L'étendue
« du trou ovalaire diminue considérablement par la
« formation d'une cloison osseuse qui est bombée à

(1) BOYER. *Maladies chirurgicales*. Tome IV 1831

« l'intérieur du bassin et concave du côté externe où
« elle fait partie de la cavité dont nous venons de
« parler. Indépendamment de cette cavité dont la pro-
« fondeur varie beaucoup, la tête du femur est envelop-
« pée par une croûte osseuse très dure, irrégulière qui
« naît de l'ischion et du pubis. Cette tête est plus ou
« moins mobile dans la nouvelle cavité qu'elle s'est
« creusée ; mais on ne peut pas la faire tourner dans
« tous les sens parceque la croûte osseuse qui l'envi-
« ronne descend jusque sur le col où elle rencontre
« quelquefois une sorte de rebord dont elle n'est sépa-
« rée que par un léger intervalle et qui en gêne les mou-
« vements. Au reste cette espèce de néo-articulation
« qui se forme dans la luxation ovalaire non réduite
« présente d'assez nombreuses variétés. »

Pendant que ces changements s'opèrent du côté du trou ovalaire où se trouve logée la tête fémorale, la cavité cotyloïde abandonnée perd beaucoup de son étendue, et de ronde qu'elle doit être, elle devient ovale. En même temps la tête fémorale perd sa forme naturelle ; sa convexité diminue, sa surface devient inégale, on n'y remarque plus aucune trace du ligament rond ainsi que dans la cavité cotyloïde. Les restes de la capsule articulaire rétractés et épaissis contribuent encore à diminuer la capacité de cette dernière cavité. Les muscles qui environnent la tête du fémur dans sa nouvelle position, les fessiers, le pyramidal, les jumeaux et les obturateurs tendus et allongés par suite

de l'écartement de leurs points d'insertion, pâlisent, s'atrophient, deviennent fibreux et se rétractent. Ces faits sont démontrés par d'assez nombreuses autopsies de sujets atteints de luxations ovalaires anciennes.

A Cooper en a rapporté une observation typique :
« La nouvelle cavité, dit-il, occupait tout le trou ovale
« et empiétait même sur les branches ascendantes de
« l'ischion et descendante du pubis ; l'aponévrose du
« trou ovale était remplacée par une coque osseuse :
« le muscle obturateur externe avait complètement
« disparu ; les muscles pectiné et court adducteur
« avaient été rompus et réunis par un tissu fibreux.
« Chose remarquable, la tête du fémur était renfer-
« mée dans sa coque osseuse de telle sorte qu'on ne
« put l'extraire sans rupture et cependant elle y jouait
« librement et avait conservé son cartilage articu-
« laire. »

Un assez grand nombre d'autopsies ont été faites dans le cas de luxations ilio-pubiennes anciennes. Les rapports de la tête fémorale sont intéressants à connaître dans sa nouvelle position : elle n'est séparée des téguments que par les muscles psoas et iliaque qu'elle soulève ; *en dedans*, elle touche à l'artère crurale que l'on sent battre immédiatement à son côté interne. Gosselin toutefois a vu l'artère attirée en dehors sur la tête luxée à deux centimètres de sa place ordinaire. Dans un cas observé par Larrey, elle avait

pareillement passé en avant de la tête. *En haut* la tête fémorale est en rapport avec le ligament de Fallope. *En dehors* avec l'épine iliaque inférieure. Enfin *en arrière* elle repose sur le rebord cotyloïdien.

Dans un cas de A. Cooper, la tête luxée avait déchiré le ligament de Poupart et s'était logée entre lui et le pubis sous les muscles psoas et iliaque dont les tendons passaient sur son col, celui-ci présentait un allongement extraordinaire, il reposait sur le pubis et s'était creusé sur cet os une sorte de cavité de réception. Le grand trochanter occupait la cavité cotyloïde laquelle était en partie comblée par du tissu osseux; le ligament capsulaire était déchiré sur une grande étendue, et le ligament rond complètement arraché. Enfin l'artère et la veine étaient placées au côté interne de l'os.

§ II. — Obstacles à la réduction

D'après ce qu'on vient de lire, dans les luxations anciennes de la hanche en avant, les obstacles à la réduction ne proviennent plus seulement soit des muscles, soit de la capsule articulaire, mais encore des modifications osseuses qui se produisent tant du côté de la tête fémorale que du côté de la cavité cotyloïde.

Si dans les cas de luxations récentes, la résistance la contracture musculaire n'ont plus l'importance qu'on leur accordait autrefois; la rétraction muscu-

laire, la dégénérescence fibreuse et les adhérences cicatricielles dans les luxations anciennes doivent entrer en ligne de compte dans les difficultés que l'on rencontre pour les réduire. C'est ainsi que la tête fémorale peut se trouver prise et retenue entre le psoas rétracté et le rebord de la cavité articulaire ; ou encore par une boutonnière fibreuse au travers d'un muscle anciennement déchiré.

Verneuil rapporte un cas où la tête fémorale était fixée entre deux sangles musculaires constituées par le tandon du droit antérieur en dehors et celui du psoas en dedans.

Un cas rapporté par Hamilton, de Dublin, montre bien quelle difficulté la capsule articulaire peut apporter à la réduction. Ayant essayé de réduire au moyen de mouffles une luxation datant de trois mois, il ne put réussir ; le sujet étant mort onze jours après ces tentatives, l'autopsie permit de constater que le principal obstacle à la réussite de l'opération était constitué par la capsule articulaire qui, déchirée et fortement épaissie, s'était repliée en dedans et formait une large bande en travers de la cavité cotyloïde dont elle resserrait considérablement l'ouverture.

Enfin M. Kirmisson dans un cas de luxation datant de 4 ans qu'il opéra avec succès vit la tête fémorale représentée par deux éminences, l'une en avant, l'autre en arrière du grand trochanter.

Dans un cas que nous avons vu avec M. Guermont-

prez la tête fémorale était ankylosée dans sa position vicieuse et par conséquent constituait de ce fait un obstacle sérieux à la réduction. Celle-ci se fit néanmoins avec succès après rupture de l'ankylose. Voici d'ailleurs l'observation dont il s'agit :

OBSERVATION I (personnelle)

Rosalie N... âgée de 19 ans est atteinte d'une luxation en avant de la hanche gauche, cette luxation, variété obturatrice remonte au mois d'avril 1892. M. Guermonprez voit cette malade au mois d'août 1896. Elle marche en abduction et en extension, la tête fémorale perçue au milieu de l'aîne est absolument ankylosée dans sa position vicieuse, on ne peut lui imprimer aucun mouvement. On constate une dépression considérable au niveau de la région trochantérienne ; la cuisse présente de l'atrophie musculaire, enfin le membre inférieur gauche présente un allongement de 6 centimètres : la marche est extrêmement pénible et laborieuse.

Le 6 août 1896, M. Guermonprez procède aux manœuvres de réduction ; la malade est chloroformisée sans incident ; elle est couchée sur le dos, sur une table de bois avec un très mince coussin sous le siège. Un aide vigoureux immobilise le bassin en maintenant les deux mains fortement appuyées sur toute la longueur de la région inguinale, depuis l'épine illaque antérieure jusqu'à la symphise pubienne. On attend que l'anesthésie soit complète et profonde, tandis que chacun se tient attentif, prêt à accomplir la fonction qui lui est dévolue. Dès que la résolution est complète, M. Guermonprez fait de vigoureux efforts pour amener le genou dans la flexion et l'adduction en même temps. Les efforts renouvelés à plusieurs

reprises n'aboutissent pas; un aide habitué intervient, se place de l'autre côté de la table, dispose sa main gauche pour renforcer l'immobilité du bassin déjà faite par deux mains tandis que de la droite et de toutes ses forces, il manœuvre en vue d'amener le tiers supérieur du fémur en flexion et en adduction. Tout d'abord le résultat n'est pas obtenu; mais sans aucune perte de temps, les deux chirurgiens concertent leurs efforts et font successivement et toujours simultanément le leurs poussées et leurs repos avec une vigueur de plus en plus énergique. Vers la 4^{ème} ou 5^{ème} reprise, un bruit sec est entendu de tous les assistants, et en même temps tous ceux qui prennent part à la manœuvre éprouvent la sensation d'une résistance vaincue, et en effet l'ankylose est rompue.

Diverses manœuvres sont ensuite effectuées en vue de ramener la tête fémorale dans la cavité cotyloïde, mais l'articulation reconstituée se montre comme flottante, le bassin demeure incliné sur la gauche et le membre conserve de ce fait une apparence d'allongement qui n'est pas sans donner une impression décevante. On se borne à appliquer un spica double et sans attendre que la malade soit réveillée.

Le 24 août la malade peut se lever et marcher avec deux cannes.

Le 29 août M. Guérmonprez la revoit et constate l'existence de mouvements au niveau de l'articulation normale. La fesse est cependant encore large; le grand trochanter est bien à la même hauteur que son congénère; il est à une distance régulière tant du plan antérieur que postérieur du corps, mais il est un peu plus qu'à l'état normal éloigné de l'axe du corps. Les deux membres ont bien la même longueur. L'opérée se tient sans effort dans une irréprochable rectitude: il n'y a plus ni abduction ni rotation en dehors comme on l'observait avant l'intervention; les deux membres ne diffèrent plus que par l'atrophie musculaire primitivement observée.

L'opérée qui ne pouvait marcher longtemps sans souffrir ni ramasser un objet sur le sol, ni par conséquent se livrer aux travaux agricoles seuls accessibles à son état d'illettrée, exprime toute sa joie de pouvoir marcher presque sans soutien, et de pouvoir subvenir elle-même à ses besoins.

Dans le fait qui précède on a pu remarquer combien il a été délicat et difficile de rompre l'ankylose osseuse. Il ne faut pas croire que l'on puisse toujours être aussi heureux, alors même qu'on a une certaine habitude des manœuvres dont il s'agit. M. Guermont nous a fait connaître deux faits dans lesquels il a dû renoncer à poursuivre les manœuvres ; malgré la bonne volonté des patients, il a craint que la rupture se fit à côté du lieu d'élection, et il a préféré abandonner les malheureux à leur infirmité, laissant à d'autres le soin de leur offrir la ressource de l'arthrotomie.

§ III. Mécanisme.

Avant d'étudier le mécanisme des luxations de la hanche en avant, il est convenable de rappeler le résumé de l'anatomie de l'articulation coxo-fémorale.

La capsule est une sorte de manchon fibreux qui par une de ses extrémités s'insère au pourtour de la cavité cotyloïde et par l'autre au col du fémur. L'insertion supérieure est très forte, l'inférieure au contraire est très lâche. Sa forme est celle d'un barillet plus

étroit à ses deux extrémités qu'à son milieu. Cette capsule présente une résistance et une épaisseur très différentes suivant les points où on la considère : en avant elle est renforcée par un faisceau qui part de l'épine iliaque antéro-inférieure et va se rendre au petit trochanter, c'est le ligament de Bertin. En haut l'épaisseur de la capsule peut atteindre 1 centimètre ; en arrière et surtout en bas elle est infiniment plus mince (Tillaux. Anatomie topographique).

Il est bon de remarquer en outre que le sourcil coxylôidien offre également en bas une échancrure assez notable.

Ces simples données font déjà prévoir que dans la majorité des cas la rupture de la capsule se fera en arrière et en bas. Du sens dans lequel se fait le traumatisme dépend la variété de luxation.

Malgaigne dans ses expériences sur le cadavre est parvenu à produire la luxation ilio-pubienne de deux manières : dans le premier cas, il plaçait la fesse sur le rebord d'une table et portait brusquement le genou en arrière pour forcer l'extension de la cuisse. Dans le second cas, il portait la cuisse dans l'abduction et se servait de la jambe demi-fléchie pour forcer la rotation en dehors.

Ces deux mécanismes s'observent sur le vivant : Cooper a vu une luxation ilio-pubienne se produire chez un gentleman qui ayant mis par mégarde le pied dans un trou se rejeta et tomba arrière.

Malgaigne rapporte un cas de luxation ilio-pubienne chez un individu qui poussant une pompe en courant à un incendie avait fait un brusque écart de la jambe droite.

Du reste ces deux mouvements abduction et extension peuvent très bien se combiner ; tel était probablement le cas d'un blessé de Larrey qui, en montant à cheval, ayant accroché son éperon à son porte-manteau fut renversé par son cheval qui se cabra et tomba sur lui en cette position.

Le mécanisme de la luxation ovale n'est pas tout à fait le même que celui de la luxation ilio-pubienne : la plupart du temps le traumatisme surprend l'individu dans une attitude spéciale, et cette attitude est caractérisée par une abduction de la cuisse avec flexion de celle-ci sur le bassin ; c'est la position d'une personne courbée, pliée en deux pour ramasser des objets déposés sur le sol.

Dans ces conditions on conçoit facilement quelle partie de la capsule articulaire sera rompue. Dans la flexion en effet, la tête fémorale vient presser sur sa partie postérieure et inférieure, c'est-à-dire à l'endroit où elle est la moins résistante ; survient à ce moment un choc, un éboulement, une violence quelconque, la capsule se déchire et livre passage à la tête fémorale. Que l'abduction soit exagérée et jointe à une rotation en dehors, la capsule se déchire non seulement en arrière, mais encore à sa partie interne et

même antérieure, et la tête fémorale sortie va inévitablement se loger soit dans le trou ovale soit à la région pubienne, C'est bien le cas du manœuvre qui fait l'objet de l'observation suivante.

OBSERVATION II (personnelle)

Lucien V... garçon de ferme à Vieux-Berquin (Nord) ramassait quelques betteraves qui restaient sur le sol d'un silo en grande partie vidé de son contenu. Cet homme était donc fortement courbé ; ses pieds écartés, ses membres inférieurs raides, étendus, lorsque brusquement la voûte du silo faite d'une pesante charge de terre gelée retenue en une lourde masse par quelques paillotis, vint à lui tomber sur le dos. Lorsqu'on eut dégagé le blessé qui était incapable de se relever, on trouva le membre inférieur droit impuissant et immobilisé dans une attitude de flexion et d'abduction exagérées. Le blessé est transporté dans sa mesure misérable.

Plusieurs médecins constatent la luxation de la hanche et tentent vainement d'en obtenir la réduction. M. Guermoprez ne voit le blessé que le huitième jour après l'accident, il constate l'existence d'une luxation de la hanche droite et précise la variété périnéale de cette luxation.

En effet par la palpation la tête fémorale est facilement perçue au périnée où elle approche de la ligne médiane, le moindre mouvement imprimé au genou fait rouler cette tête sous la main exploratrice et permet d'en discerner la configuration parfaitement sphéroïdale. La cuisse est écartée du corps avec lequel elle forme presque un angle droit, en même temps elle est légèrement portée en avant ; la saillie du trochanter est remplacée par une dépression considérable, enfin le membre

inférieur droit paraît très allongé. M. Guérmonprez procède immédiatement à la réduction : Le sujet est placé sur le dos sur un lit rigide. On commence par frictionner avec de la vaseline camphrée l'articulation et les muscles environnants ; le membre gauche est allongé sur le plan du lit et tout le bassin est solidement immobilisé par un aide chargé de s'opposer à tout entraînement. Le chirurgien passe alors la jambe droite du blessé au-dessus de son épaule, il saisit à pleines mains la cuisse vers son tiers supérieur et par des mouvements de latéralité et surtout d'abduction il désenclave peu à peu la tête fémorale, l'éloigne progressivement de la ligne médiane et finit par l'amener sous le rebord du milieu de la cavité cotyloïde. Ce premier résultat obtenu, le chirurgien manœuvre le membre en le prenant par le genou, et l'amène en flexion forcée avec adduction également exagérée, cette tentative ne réussit pas ; on recommence alors les mêmes mouvements en les exagérant encore, et cette fois au moment où le membre est ramené en extension tout en maintenant l'adduction, la tête fémorale rentre brusquement dans sa cavité un spica double est appliqué au blessé qu'on met à la diète et qu'on purge le lendemain.

Dix jours après l'opéré quitte le lit et marche librement. Quelques semaines plus tard il reprend son travail qu'il n'a pas interrompu depuis lors.

§ IV. — Symptomatologie.

Des désordres graves du côté de l'articulation coxo-fémorale ne peuvent pas se manifester sans entraîner avec eux des déformations caractéristiques et des trou-

bles fonctionnels importants ; nous insisterons sur ces derniers en discutant le pronostic.

Signes physiques de la luxation ovulaire. — La cuisse luxée abandonnée à elle-même fait avec la congénère placée dans la rectitude un angle plus ou moins aigu, dans certains cas, le genou sort du lit. Le membre luxé paraît sensiblement plus long que le sain ; le pied et le genou sont tournés en dehors et le membre entier repose sur le plan du lit. La tête fémorale est plus ou moins facile à sentir sous les muscles qui la recouvrent. La fesse semble aplatie ; à la place du trochanter existe une dépression considérable. Enfin la cuisse luxée ne peut être ni étendue complètement ni rapprochée correctement de l'autre.

Signes physiques de la luxation ilio-pubienne. — Dans ce cas la cuisse est également dans l'abduction et en rotation en dehors, mais elle est en même temps dans l'extension : la fesse est aplatie et la dépression trochantérienne existe comme dans la luxation ovulaire. La tête fémorale est perçue au pli de l'aîne au-dessous du ligament de Fallope. Le membre paraît allongé, mais il est probable que ce n'est qu'un allongement apparent. Enfin l'adduction et la rotation interne sont impossibles à obtenir tandis que les mouvements contraires sont facilement exagérés.

Cette symptomatologie de la luxation ilio-pubienne a été prise sur le vif dans l'observation suivante :

OBSERVATION III (personnelle)

Le mardi, 27 octobre 1896, M. Guermont est amené à donner ses soins à un blessé à la Maison de secours. Il s'agit d'un homme âgé de 46 ans, chauffeur dans une usine des environs de Lille. Cet homme a été saisi par une courroie fixée sur un arbre de transmission et entraîné dans un mouvement de rotation; ses vêtements ayant fini par céder, il a été précipité sur le sol. Ce blessé présente quelques contusions de minime importance sur le côté droit et une plaie linéaire de 6 centimètres d'étendue au cuir chevelu et du même côté; mais c'est le membre inférieur droit qui attire le plus l'attention.

On constate en effet au niveau de la hanche droite une dépression très profonde de la région trochantérienne, le pli fessier est élevé et la fesse comme aplatie. La partie supérieure de la cuisse est soulevée et portée en avant. Par la palpation on constate au pli de l'aîne et sous le ligament de Fallope la présence de la tête fémorale; le membre inférieur est dans l'extension, l'abduction et la rotation en dehors, la jambe est légèrement fléchie sur la cuisse. On constate en outre l'impossibilité de l'adduction et de la rotation interne, tandis qu'au contraire les mouvements d'abduction et de rotation externe sont facilement exagérés. Le membre présente un allongement de 3 centimètres, il est vrai de dire que l'épine iliaque antéro-supérieure de ce côté est légèrement abaissée. Ces différents signes permettent de porter le diagnostic de luxation de la hanche en avant, variété ilio-pubienne.

On procède immédiatement aux manœuvres de réduction : le blessé est étendu sur une table, à ce moment celui-ci fait remarquer que sa jambe s'en va hors de la table tellement l'abduction et la rotation en dehors sont facilement exagérées.

Pendant que M. Guermonprez immobilise le bassin en maintenant ses deux mains vigoureusement appliquées sur toute l'étendue de la région inguinale, je saisis le genou de la main droite, la jambe étant fléchie sur la cuisse, et j'imprime au membre un mouvement de flexion, tout en le ramenant en même temps en dedans vers l'axe du corps suivant les indications de M. Guermonprez. La flexion n'est arrêtée qu'au moment où la face antérieure du membre luxé touche la poitrine. On fait alors une légère pose, puis le membre ainsi fléchi est porté en adduction forcée et le plus loin qu'on peut aller ; M. Guermonprez pendant ces manœuvres constate nettement que la tête s'est déplacée sous ses doigts. Je ramène alors la cuisse en extension tout en la maintenant en adduction. Cette première tentative n'ayant pas suffi, je recommence une seconde fois également sans succès, le bassin n'ayant pas été assez vigoureusement maintenu.

M. Guermonprez essaie à son tour après avoir fait appuyer fortement sur le bassin à droite et à gauche par deux aides. Le premier temps de la manœuvre s'effectue comme la première fois, l'adduction est portée à l'extrême, mais par poussées successives et est accompagnée de mouvements de rotation en dedans ; on arrive à l'extension comme plus haut et le membre est ramené à sa position normale.

On constate alors que la dépression trochantérienne n'existe plus ; la tête fémorale a disparu du pli de l'aîne, la luxation est réduite. On laisse reposer l'opéré un instant, puis on imprime à nouveau au membre remis en place un mouvement de flexion d'adduction et de rotation en dedans, mais avec moins de violence que précédemment. L'abduction a complètement disparue, le membre paraît encore un peu plus allongé que celui du côté sain, ce qui est probablement dû à une hémarthrose.

Un spica double est appliqué au malade qu'on reconduit chez

lui en voiture, en prenant la précaution de ne pas le laisser asseoir. Le lendemain, je vais voir le blessé qui ne souffre plus du tout ; les deux membres inférieurs sont absolument de même longueur dans la même position normale.

Cinq jours après, l'opéré fait ses premiers pas sans souffrance ni hésitation. Il faut toutefois lui faire quelques admonestations pour le déterminer à porter son pied droit en avant du gauche ; sa tendance en effet le porte à ne pas dépasser le pied gauche lorsqu'il avance le droit.

§ V. — Diagnostic.

Il est en général facile de reconnaître si la luxation est antérieure ou postérieure et à quelle variété elle appartient ; mais le diagnostic est plus difficile entre les luxations de la hanche en avant et les fractures du col surtout la variété extra capsulaire.

Cooper cite trois cas où la luxation fut méconnue. Une luxation traitée par Sédillot avait été prise d'abord pour une fracture du col. Enfin Lisfranc lui-même diagnostiqua une fracture du col à la place d'une luxation qu'il avait d'abord reconnue et réduite, mais ce diagnostic après coup s'explique, car il avait lui-même fracturé le col en opérant la réduction.

Cependant dans le cas de luxation, la tête peut être sentie dans sa position anormale, et d'ailleurs la situation fixe du membre, son attitude vicieuse qu'on peut exagérer et non corriger sont une preuve de luxation.

CHAPITRE III

PRONOSTIC.

Le pronostic des luxations de la hanche en avant doit être considéré sous le triple rapport 1^o Des accidents dont elles peuvent être accompagnées. 2^o Des difficultés qu'on éprouve à les réduire. 3^o Des conséquences qui en résultent quand elles n'ont pas été réduites.

Des accidents qui accompagnent ces luxations nous dirons peu de chose : il semblerait au premier abord, à cause de la solidité de l'articulation et de la puissance des muscles qui l'entourent, qu'une luxation ne dut se faire sans produire un désordre considérable dans les parties molles avoisinantes. Or l'expérience apprend que les luxations de la hanche ne sont pas plus dangereuses sous ce rapport que celle des autres grandes articulations : la douleur, le gonflement se calment en général assez rapidement. On cite même des exemples de luxations qui se sont produites sans douleur : tel est celui du canonnier de Malgaigue qui s'étant luxé la cuisse en écouvillonnant sa pièce n'en ressentit aucune douleur et n'en continua pas moins

son service ; ce ne fut qu'au bout d'un mois qu'il consulta son chirurgien. On doit dire que de pareils faits sont bien rares.

Dans un cas de Larrey la douleur était déchirante et se prolongeait vers le bas-ventre, le membre était engourdi. Après réduction, cet engourdissement fit place à de vives douleurs dans le côté interne de la cuisse et se propageait jusqu'à la plante de pieds : le nerf crural soulevé et tendu par la tête fémorale devait être le siège de ces douleurs.

La rétention d'urine est fréquente dans les luxations de la hanche en avant et plus particulièrement dans la luxation ilio-pubienne, mais cette rétention est ordinairement passagère. Il est bon de remarquer du reste que ce phénomène se produit dans presque toutes les contusions violentes du bassin.

Considérées sous le rapport des difficultés de la réduction, les luxations de la cuisse doivent être mises au nombre des affections de ce genre les plus graves. La grande étendue du chemin parcouru par la tête du fémur en se déplaçant, les obstacles créés par les muscles, les ligaments, la capsule articulaire rendent cette réduction difficile.

Cependant ces difficultés elles-mêmes varient avec la variété de luxation ; ainsi les luxations en haut et en dehors sont regardées comme plus difficiles à réduire que celles qui se font en avant. Parmi ces dernières, les ilio-pubiennes quand elles sont récentes

cèdent plus facilement que les ovalaires ; du reste les avis des chirurgiens sont partagés à cet égard.

Pouteau dit que le pronostic de la luxation ovalaire a toujours été fâcheux, il la considérait comme très difficile à réduire : c'était aussi l'opinion de J. L. Petit Boyer au contraire la regardait comme la plus facile.

Quoiqu'il en soit, on a vu de ces luxations en avant même récentes résister à toutes les tentatives de réduction : Cooper en rapporte un cas. Rigaud de Strasbourg aidé de nombreux confrères, lutta mais vainement contre une luxation ovalaire datant de 5 jours. D'autrefois au contraire ces luxations ischio-pubienne se réduisent en quelque sorte spontanément ou par les procédés les plus simples et les plus doux.

La luxation ilio-pubienne considérée comme facilement réductible quand elle est récente, est regardée comme irréductible quand elle est ancienne, et cela à bref délai. C'est ainsi que Malgaigne écrit dans son traité des fractures et luxations (page 885) : « Il est « remarquable que nous n'ayons pas d'exemple de réduction au delà du huitième jour. M. Goyrand l'a « essayée sans succès au quinzième jour. Cooper mentionne aussi une luxation de quelques semaines sou- « mise aux extensions sans succès, et lui même dissuada le malade de nouvelles tentatives. »

Il semble cependant que cette luxation doive se prêter mieux qu'une autre aux réductions tardives et

que les adhérences soient plus facilement rompues par des mouvements en tous sens.

Sédillot a pu en réduire au bout de 14 jours Hamilton après 20 ; M. Guérmonprez en a réduit plusieurs après 12 jours. Le pronostic de la réduction de la luxation de la hanche en avant est donc moins sombre que ne le pensait Malgaigne.

Quant aux conséquences qui résultent de la non réduction de ces luxations elles sont aussi variables. On a cité de nombreux exemples de leur bénignité : tel fut le cas du canonnier de Malgaigne et celui d'un autre de ses blessés qui dès le lendemain de l'accident commençait à faire quelques pas tout seul. Avec de l'exercice, les blessés arrivent dans certains cas à faire un tel usage de leur membre qu'on a peine à s'en faire une idée.

Mais à côté des cas heureux, il en est d'autres où les choses sont loin de se passer ainsi :

B. Travers a vu un jeune homme qui au bout de 8 mois ne marchait encore qu'avec une béquille.

Il est certain que la luxation ilio-pubienne non réduite influe beaucoup sur le volume du membre et sur le mécanisme de la progression ; la cuisse est plus longue que l'autre et elle est atrophiée. Cette différence de longueur entre les deux membres, force les malades à marcher en fauchant et en s'inclinant toujours sur le côté sain ; la raison de cette particularité est indiquée par Boyer dans son *Traité des Maladies*

chirurgicales (Tome IV) : « La cuisse saine ne peut
« soutenir le corps assez élevé pour que l'extrémité
« luxée cesse de toucher terre et que la jambe étendue
« puisse être portée directement en avant, ce qui se-
« rait nécessaire pour rendre la progression facile.
« Le malade est donc obligé de jeter en dehors la
« cuisse luxée en faisant décrire un arc au pied pour
« le passer devant l'autre. »

De plus les sujets ne pouvant fléchir facilement leur membre ni à l'aîne ni au jarret posent à terre le pied tout entier, le talon en même temps que la pointe.

La luxation ovulaire non réduite présente des conséquences plus graves encore. S'il faut en croire Malgaigne, c'est la plus fâcheuse de toutes les luxations.

Hippocrate en avait étudié les suites avec soin : « dans
« la marche, dit-il, la jambe saine est obligée de se rap-
« procher de l'autre, et le tronc à son tour s'infléchis-
« sant du même côté, il en résulte que la fesse saine
« bombe fortement en dehors, tandis que le flanc et
« la hanche du côté lésé présentent un creux très sen-
« sible. Le blessé, ainsi courbé de côté, perd de sa
« taille et s'appuie sur un bâton du côté sain en pre-
« nant un autre point d'appui avec la main sur le côté
« externe de la cuisse luxée. Les enfants ainsi atteints
« cherchent rarement à redresser leur corps, mais se
« traînent misérablement sur la jambe saine et si
« plus tard, ils marchent debout, portés sur une ou

« deux béquilles, ils tiennent en l'air le membre luxé
« à qui l'atrophie a ôté beaucoup de son poids. »

On voit donc que les luxations anciennes de la hanche en avant ont un pronostic sérieux, malgré les faits heureux qui ont été publiés. La démarche longtemps impossible est toujours claudicante sinon douloureuse. La station debout et la marche ne sauraient être prolongées sans une grande fatigue. D'où la nécessité pour beaucoup de renoncer à un grand nombre de professions ouvrières.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

On voit d'après ce qui a été dit dans le chapitre précédent quelle est l'importance du traitement des luxations anciennes ; et on ne sera pas étonné que nous préconisions le procédé dont nous avons été témoin. Du reste c'est un des procédés de la méthode si bien établie par M^r le Professeur Tillaux dans son Anatomie topographique (1) : « Pour réduire une luxation de la hanche, dit M^r Tillaux, il faut faire parcourir à la tête du fémur un chemin inverse de celui qu'elle a suivi au moment de l'accident. Or nous avons vu que la luxation reconnaissait toujours pour cause un mouvement de flexion plus ou moins prononcé, combiné avec un mouvement de rotation : le meilleur mode de réduction sera donc la flexion du membre et un mouvement de rotation en sens inverse. Etant connu le degré exact de flexion que présentait le membre au moment où la capsule s'est déchirée, on réduirait de suite en donnant à la cuisse la même

(1) TILLAUX. Anatomie topographique, édit. 1877. P. 1.079.

« flexion, c'est pourquoi si on ne réussit pas après
« une première tentative, il faut recommencer plu-
« sieurs fois en variant le degré de flexion. »

Les données de l'Anatomie pathologique permettent de déduire les indications thérapeutiques suivantes :

1^o Vaincre les obstacles qui maintiennent le fémur dans sa position vicieuse.

2^o Ramener la tête fémorale vers le bord inférieur de la cavité cotyloïde, puis l'y réintégrer.

3^o Maintenir le membre en bonne position.

4^o Soins consécutifs.

Autrefois quand la luxation remontait à une date trop éloignée, les auteurs préconisaient l'abstention. C'est ainsi que Cooper défend de tenter la réduction du fémur au-delà de 8 semaines, et Malgaigne pense qu'après 5 ou 6 mois le chirurgien doit s'abstenir de toute intervention. Par contre on cite des faits de réductions obtenues au 78^{ème} jour (Macfarlane), au bout d'un an (Lefèvre). Enfin Cornish rapporte un cas de luxation réduite après plus de deux ans.

On trouvera plus loin un fait de luxation dont nous avons été témoin et dont la réduction a été obtenue après plusieurs années.

Il reste à décrire les différents temps du traitement employé.

§ I. Anesthésie.

L'emploi du chloroforme pour réduire les luxations récentes a fait l'objet de nombreuses discussions. Le fait est que, si dans bien des circonstances on a pu obtenir la réduction sans y recourir ; il en est d'autres où son emploi a été indispensable. Il existe toutefois un certain nombre de contre-indications comme l'alcoolisme, des lésions cardiaques avancées, ou un choc traumatique trop menaçant.

Pour ce qui regarde les luxations anciennes, les chirurgiens sont tous à peu près d'accord à employer l'anesthésie sinon pour relâcher les muscles, du moins pour calmer les violentes douleurs qui accompagnent les ruptures d'adhérences.

§ II. Décubitus.

Les attitudes données aux blessés pour la réduction des luxations de la hanche ont beaucoup varié avec les époques et avec les chirurgiens ; quelques-uns leur donnaient une position invraisemblable.

Actuellement on place le plus souvent le blessé dans le décubitus dorsal : c'est l'attitude la plus commode pour le blessé et pour l'opérateur. Il est bon de ne pas entreprendre la manœuvre sur un lit dont le plan

est situé trop bas et dont la consistance molle s'enfonce toujours trop, une table en bois est ce qui convient le mieux.

Pendant qu'on endort le malade, il est bon de frictionner avec de la vaseline camphrée par exemple, la région de l'articulation et les muscles qui l'environnent, spécialement ceux qui sont rétractés ou contracturés ; cette friction semble faciliter la manœuvre suivante :

§ III. — Flexion. — Adduction

Le bassin doit être vigoureseusement maintenu par un ou deux aides de façon à l'immobiliser et à s'opposer à l'entraînement que le chirurgien déterminerait par l'effort qu'il imprime.

Le membre luxé est fléchi progressivement, et amené en même temps vers l'axe du corps. Ce mouvement n'est pas facile en raison des adhérences et de la rétraction musculaire ; aussi le chirurgien procède-t-il par poussées successives avec intervalle de repos et une énergie de plus en plus croissante.

Les adhérences finissent ordinairement par céder après plusieurs reprises. Le mouvement de flexion est poussé très loin, la cuisse vient presque jusqu'à toucher la poitrine ; l'adduction est aussi exagérée de façon que le membre luxé vient reposer sur le côté opposé de la poitrine.

Le chirurgien qui opère se rend compte des obstacles qu'il surmontent à mesure qu'il avance : on peut arriver de la sorte à rompre une ankylose osseuse, ainsi que le prouve l'observation I et la suivante, malgré l'âge avancé du malade.

OBSERVATION IV (personnelle)

Ferdinand Ch... âgé de 66 ans est atteint d'une luxation de la hanche droite reconnue par plusieurs chirurgiens, mais dont on ne réussit pas à élucider l'origine. Cet homme est alcoolique, il se plaint de douleurs lombaires et en ceinture. En 1892, il a eu une sciatique double qui a duré deux mois environ.

Le 11 septembre 1896, M. Guérmonprez voit ce malade et constate une luxation de la hanche droite en avant et en bas. Le membre luxé est en flexion, en abduction et en rotation en dehors ; il présente en outre un allongement d'au moins 6 centimètres.

La tête fémorale paraît ankylosée. Le blessé a pris sa première béquille le 27 février 1895, puis une seconde béquille en août 1896 ; actuellement il ne peut marcher sans béquille. Il lui est impossible de se tenir couché. L'état général du malade est vraiment défectueux, très débile et d'autant plus difficile à reconstituer que les troubles digestifs sont importants et anciens. Cet homme bien que très neurasthénique insiste pour qu'on le soulage. A l'auscultation on constate de la submatité à la base du côté droit et une respiration rude à la base des deux côtés sans aucun autre bruit anormal. Enfin le cœur donne quelques signes d'insuffisance mitrale d'autant plus

intéressants à noter qu'un médecin de la famille a antérieurement signalé des signes d'endo-péricardite.

15 septembre. L'opération est faite sans chloroformisation. On procède à la flexion et à l'adduction forcées, et dès la première manœuvre l'ankylose est rompue avec un bruit sec et très net. Le malade qu'on n'a pas endormi à cause de sa lésion cardiaque ne ressent pas une grande souffrance.

16 septembre. Il survient des vomissements pendant la nuit. Dans l'après midi des vomissements nouveaux se produisent les matières sont couleur marc de café et renferment quelques filets de sang.

17 septembre. On constate un embarras gastrique avec absence de selles et en même temps les vomissements brunâtres persistent. Le champagne et le lait ont été vomis (eau de Vichy).

18 septembre. Les vomissements ont cessé, la fièvre persiste. Il y a un peu d'œdème au niveau des malléoles du côté droit.

19 septembre. La langue est moins chargée, le malade se sent un peu d'appétit.

24 septembre. Il n'y a plus aucun accident, ni vomissement ni fièvre, ni dicrotisme du pouls. Pour la première fois, on essaie de l'alimenter d'un peu de veau, à midi quelques gouttes d'éther sont ajoutées comme digestif.

Après midi l'opéré est sorti du lit, son bandage est renouvelé ; mais en raison de sa débilité on ne le fait pas marcher. Le membre inférieur droit a recouvré sa rectitude et la longueur du congénère.

25 7^{re}. La hanche et le genou ont repris une attitude un peu fléchie. Le malade a souffert du genou pendant la nuit, et se montre fatigué par la courbature.

26 7^{re}. Il est très amélioré et digère mieux, mais il a un peu de flexion de la hanche et témoigne une très grande peur de toute exploration.

1^{er} octobre. Il n'a pas quitté le lit, et est toujours hanté par la même peur ; c'est pourquoi toute exploration est différée.

2 octobre. Le malade est dans le décubitus dorsal avec quelques rubéfections du siège. Le membre inférieur droit est en flexion, adduction légère et un peu de rotation au dedans avec tendance en raccourcissement. Avec M. Chantrel on rectifie le membre doucement par une traction lente exercée sur le pied : l'attitude est obtenue normale et presque sans douleur.

9 octobre. Il s'alimente mieux et sans accident. Il n'a plus d'œdème des membres inférieurs, plus de bouffissure de la face. Il n'a pas encore osé se lever ni même s'asseoir. Le membre se tient encore un peu en adduction avec raccourcissement. L'attitude est rectifiée sans effort ; puis on vérifie la facilité indolore de la flexion et de l'extension sans entraîner le bassin. Le malade est alors placé sur son séant. Il lui est conseillé de quitter le lit le dimanche 11 octobre.

17 octobre. L'entourage reconnaît que le malade peut se coucher, ce qui lui était impossible antérieurement ; que les mouvements communiqués au membre inférieur droit, sont peu étendus mais qu'ils existent et sont même indolores, enfin que le malade peut poser son pied sur le sol et s'y appuyer malgré un peu d'allongement qui menace de récidiver.

Il est à remarquer dans cette observation que dès la première tentative, l'ankylose s'est rompue sous l'influence de la flexion et de l'adduction et que l'opéré s'il n'a pas été complètement guéri, ce qui serait difficile pour un neurasthénique semblable, a été du moins extrêmement soulagé et rendu pour une part à sa vie antérieure.

§ IV. — Contention.

Dans les luxations anciennes la flexion et l'adduction n'ont pas seulement pour but de rompre les adhérences osseuses et de vaincre la rétraction musculaire, mais encore de ramener la tête du fémur au niveau de la cavité cotyloïde comme dans le cas de luxation récente. De plus après la manœuvre d'adduction forcée, le membre tout en étant entraîné vers l'extension par un mouvement de circumduction est ramené dans sa position normale.

Lorsque la luxation est réduite, il reste à maintenir le membre dans sa bonne position : c'est ce qui a toujours constitué une des principales difficultés dans la réduction des luxations anciennes de la hanche.

On y arrive cependant. Pour cela M. Guérmonprez applique au malade un spica assez serré ; ce spica est double, de sorte que le bassin et l'articulation coxo-fémorale de chaque côté se trouvent maintenus dans une certaine immobilité ; à l'endroit où se trouvait antérieurement la tête fémorale, on ajoute un tampon d'ouate suffisamment serré pour combler l'espace désormais déshabité.

§ V. — Soins consécutifs.

Au bout de 5 à 8 jours, le spica est renouvelé, puis on soumet le malade à diverses manœuvres.

On commence par le faire lever et pendant que deux aides le soutiennent, il s'essaie à faire ses premiers pas. Il doit autant que possible faire des pas égaux de chaque côté ; il s'habitue ensuite à reposer de plus en plus fort sur le membre réduit. Ces exercices sont renouvelés à quelques jours de distance d'abord, puis tous les jours ensuite.

Enfin et concurremment à un moment donné, le malade se tenant debout est guidé à faire avec symétrie et progressivement des mouvements de flexion et d'adduction : le spica est renouvelé en temps opportun.

Il est remarquable, on l'a vu dans plusieurs observations, combien ce procédé et ces manœuvres précoces donnent de bons résultats.

CONCLUSIONS

1° L'abduction forcée ou la rotation en dehors se produisant dans la flexion de la cuisse sur le bassin avec ou sans traumatisme à la région de la hanche constitue le mécanisme ordinaire des luxations coxo-fémorales en avant.

2° La déchirure capsulaire siège à la partie inférieure et interne de l'articulation dans les luxations ovalaires, à la partie antérieure et interne dans les luxations ilio-pubiennes. La luxation est primitivement en bas ; secondairement elle est en avant.

3° Le principal obstacle à la réduction est la résistance de la partie antérieure de la capsule restée intacte et plus exactement l'inextensibilité du ligament ilio-fémoral ou ligament en Y de Bigelow.

Dans les luxations anciennes la rétraction musculaire, les transformations osseuses qui se produisent tant du côté de l'ancienne articulation que du côté de la tête fémorale constituent les principaux obstacles à la réduction.

4° Dans le cas de luxation ancienne, le plan des manœuvres de réduction comprendra : la flexion et l'ad-

duction de la cuisse portées à un degré tel que dans la flexion le genou touche la poitrine et dans l'adduction croise le membre sain ; en même temps quelques mouvements de rotation et d'impulsion sont imprimés à la cuisse luxée. Il ne faut pas cesser ces diverses attitudes pendant que s'achève la réduction et que le membre est conduit d'abord dans le sens transversal puis progressivement dans l'extention sans jamais interrompre l'adduction, faisant ainsi une réelle circumduction.

5° On peut encore réaliser la réduction alors qu'il y a ankylose osseuse, il n'est pas impossible d'obtenir un résultat également heureux chez les vieillards.

Vu le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu le président de la thèse,

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANDERSON. — Medical Commentaries, Edinburg, 1776. Vol. II.
- BIGELOW. — The dislocation of the hip. — *The Lancet*, 1878, t. I.
- BILLARD (d'Angers). — Archives de Médecine, 1823.
- BOULTON. — A System of rational and pratical surgery London, 1713.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, t. III, 1845.
- BRYANT. — The practice of surgery, London, 1872.
- CATOIR. — Thèse de Paris, 1889.
- COLLIN. — Thèse de Montpellier, 7 mai 1832.
- COLOMBOT. — Documents sur la méthode ostéotrope, Paris, 1848.
- COOPER. — A treatise ou dislocations and fractures of the joints. London, 1833.
- OEuvres chirurgicales. Trad. Chassaignac et Richelot. Paris, 1837.
- DESPRÉS. — Société de chirurgie. 1879.
- DOLBEAU. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1876, t. 88.
- DUPERTHUIS. — *Journal de médecine et chirurgie pratiques*. 1838, t. IX.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie, III, Paris, 1891.
- DUPUY. — *Gazette des Hôpitaux*, 1833.
- FOLLIN et DUPLAY. — Pathologie externe, Paris, 1868, t. III.
- GILLET. — *Union médicale*, 1873.
- GOFFRES. — Bandages, pansements et appareils, Paris, 1887.
- GOSSELIN. — *Union médicale*, 1868, n° 134.
- GUERMONPREZ. — Luxation iléo-pubienne. Société des sciences médicales de Lille, 15 avril 1891.

- GUYON. — *France médicale*, août, 1874.
- HAMILTON. — Traité des fractures et des luxations. Traduct. sur la sixième édition anglaise, par G. Ponissot, Paris, 1884.
- HIPPOCRATE. — Œuvres complètes. Trad. Littré, Paris, 1844, t. IV.
- JOBERT. — *Gazette des Hôpitaux*, 1843, p. 395.
- LAFAURIE. — Thèse de Paris, 1869.
- LARREY. — *Clinique chirurgicale*, Paris, 1829, III.
- LIBER. — Thèse de Paris, 1891.
- MALGAIGNE. — Traité des fractures et des luxations. Paris, 1855, t. II.
- Société de Chirurgie, 1846.
- MARCHAND. — Thèse d'agrégation, Paris, 1876.
- MOREAU. — Mémoires de l'Académie de médecine, II, 158.
- NÉLATON. — Pathologie externe, 2^e édit. t. III, revue par Péan, Paris, 1874.
- J. L. PETIT. — Traité des maladies des os, t. I, Paris, 1723.
- POULET et BOUSQUET. — Traité de pathologie ext. III, 1885.
- POUTEAU. — Œuvres posthumes, t. II, Paris, 1783.
- SÉDILLOT. — Contributions à la chirurgie, II, 1868.
- TERRILLON. — Thèse d'agrégation, Paris, 1875.
- TILLIAUX. — Anatomie topographique, 2^e édit. 1877.
- Bulletin de la Société de chirurgie, 1868.
- VERNEUIL. — Bulletin de la Société de chirurgie, t. IV, 1855, p. 498.
- WISEMAN. — Eight chirurgicale Treatise, London, 1676. Booch, VII, c. VIII.

